

# 忌 引 届

年 月 日

君津中央病院附属看護学校

学校長 様

第 学年 クラス

学籍番号

氏名

下記のとおり欠席したいので、お届けします。

1. 期間 年 月 日 ～ 年 月 日

2. 死亡者氏名

3. 続柄

※ 証明できる書類（コピー可）を添付すること。